



23/07/2020

Número: **0800519-20.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **25/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32598678	23/07/2020 15:28	<a href="#">2736562_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

**SAMU**  
**192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL  
SECRETARIA DE SAÚDE



PROFESSOR DE  
**POMBAL**

## SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 130 B

## IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 21.09.19	OCORRÊNCIA Nº: 0025	PACIENTE/USUÁRIO: Rômulo Os Alunos	IDADE 30	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua: Jairo Vieira Feitoria		BAIRRO: Pereiros	MÉDICO REGULADOR Dist. 100	
DESTINO DO PACIENTE: HMP		RESPONSÁVEL: J. F. S.	FUNÇÃO:	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO				
<input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EVASIU DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

**EXAME CLÍNICO( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):**

folhas do to x do to, resina + álcool +  
oto para o to -

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE  
P.A.: 120 X 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — PC-HGT 120 PC 99

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

INTERVENÇÕES: Anal 204 Suf + 2mg Tramadol EV + 500mg H<sub>2</sub>O  
Dro contínua + fio EV.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: pt intoxicação com o uso de droga então desm-  
então pt coelho do otom 1 gra seu prossu vários.



## MATERIAL UTILIZADO

C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA ORC FARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: *1mg 0.04 ml + 2mg fentanyl + 500 mg Atorva -  
Confusão + An. Ev.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ): \_\_\_\_\_

### POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☒ ELEVACÃO DE CABECEIRA

### TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: *TAIAGO FARIAS* CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) *Andréia REBO* COREN: *432074* MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

COORDENADOR SOCORRISTA: *Aluisio* MAT: \_\_\_\_\_



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branco DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Faustina Genilda de Almeida PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
CARTÃO DO SUS: 700000110749302 RG/CNH: 3877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Cavallho de Sousa  
ESTADO: PB CEP: 5830000 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

**MEDICAÇÃO EM USO:**

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

Insulina Vítine de Colina 100 U/ml  
Cia Otorreina Bruma

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° SKT 1000 P. 10  
2° SKT 1000 P. 10  
3° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
4° Tramadol 100 + 100 SF 12/12 16/60 04:0  
5° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
6° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
7° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
8° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
9° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
10° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
11° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
12° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
13° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
14° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
15° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
16° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
17° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
18° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0  
19° Dexametazona 6mg 16/60 22:00 04:0





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

## OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

- Paciente chegou do Hospital Mata X Mata, com entrada neste setor, trazido pela SAMU, apresentando alteração em nível de consciência, em ECG comente a presença de arritmia. Realizado pelo enfermeiro, a paciente foi medicada, solicitados exames laboratoriais e TC de crânio, a mesma aguarda resultado da TC para seguir com o tratamento, conforme foi medicado.

Henrique Formiga

ASS./COREN:

Enfermeiro  
COREN/PB 500.078

## CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

## TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;  
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;  
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;  
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;  
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);  
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;  
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

## MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO  
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL

## ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X Francisco Gonçalo Almeida

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





# HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: **TRAUMA CRANIOENCEFALICO**

Arquivado do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.:

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS:

700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento

05/06/1993

Cor:

PARDA

Estado Civil:

SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Acidente de trânsito no semáforo quebrado pelo SANEAMENTO  
relato de acidente automobilístico hoje às 15:40h em trânsito  
em direção contrário. Mais sintomas, náusea e alteração do sensor.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Glasgow 15, pupilas isocóricas, reativas

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio e base do crânio.

Diagnóstico:

TC de crânio + Hematoma subdural + hemorragia intracerebral

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saneado Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepcionista: BARBARA





Sistema Ministério  
Único de da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

4 - PRONTUÁRIO

39271

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-0001-1074-9302

6 - DATA DE NASCIMENTO

05/06/1993

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

10 - TELEFONE

3431 2149

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.º

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÔD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente automobilístico tipo com trauma em região crânio

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Quedas clínicas e TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCB

22 - CID 10 PRINC

S06

23 - CID 10 SEC

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

2 - CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10794  
CNS: 700320041489024

32 - DATA SOLIC.

24/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Tullio Alberto de O. Souza  
Diretor Clínico - CRM 9251  
CNS: 206623762240007

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº BILHETE

41 - CNAE EMPRESA

39 - SÉRIE

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

9 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Paciente 26 anos deu entrada no serviço  
após relato de sintomas musculares  
há 15 dias com início em região  
cervical, após esforço, náuseas e alteração  
de sono. Paciente evoluiu estavel  
há dias, com melhora, mas ainda  
apresenta. Ao exame: Glax 15, pupila  
reagente, plano de tórax simétrico, cardio-  
pulmonar abdominal em alteração.  
TC de crânio em anexos.

21/09/14

DATA

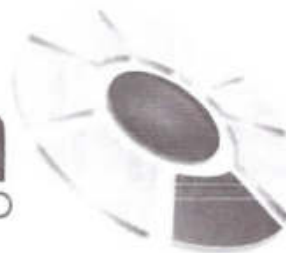
  
Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"







Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA  
Nº do Paciente: P-201909212708  
Data de Nascimento: 05/06/1993  
Data do Exame: 21/09/2019  
Sexo: M

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### RESULTADO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

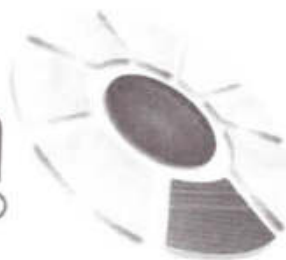
Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Nogueira, s/n / Centro - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Ferreira da Silva*

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 GMT -3 (Brasília Time)**

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O reitor se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Faria, s/n / Centro - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Leandro de Almeida e Silva

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 28 / 04 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE

60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amaury P. S. Filho  
Neurologia / Neurocirurgia  
CRM-PB 5273

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



**SAMU**  
**192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL  
SECRETARIA DE SAÚDE



PROFESSOR DE  
**POMBAL**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 130 B

## IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 21.09.19	OCORRÊNCIA Nº: 0025	PACIENTE/USUÁRIO: RODRIGO DE ALMEIDA	IDADE 30	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA: JAIRO VIEIRA FEITOSA		BAIRRO: PENEIRAS	MÉDICO REGULADOR DOUTOR	
DESTINO DO PACIENTE: HUP		RESPONSÁVEL: J. F. S.	FUNÇÃO:	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO				
<input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EVASÃO DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

**EXAME CLÍNICO( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):**

Polisário muito rico em resina de casca + álcool +

070 RMA 67A -

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE  
P.A.: 120 X 100 FC: 64 FR: 18 TEMP: — PC-HGT 120 PC 99

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

**INTERVENÇÕES:**

Prof Low Sol + 2 Prof Transpan = EV + 500 mg H<sub>2</sub>O + 40 EV.

#### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Katso, Alcoolato po Pit Katso tsoo koo no katso, Katso.  
Katso, Alcoolato po Otoma Gra, Katso Katso.





## MATERIAL UTILIZADO

C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA ORC FARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: 1mp 100mg Sd + 2mp furosemida + 500mg Amino  
antibiotico + An. Ev.

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ): \_\_\_\_\_

### POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☒ ELEVACÃO DE CABECEIRA

### TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: TAIAGO FARIAS CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) ANILTON REBO COREN: 433094 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

COORDENADOR SOCORRISTA: ALAN SIO MAT: \_\_\_\_\_



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branco DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Faustina Genilda de Almeida PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
CARTÃO DO SUS: 700000110749302 RG/CNH: 3877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Cavallho de Sousa  
ESTADO: PB CEP: 5830000 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

**MEDICAÇÃO EM USO:**

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

Insulina Vítine de Colina 100 U/ml  
Cia Otorreina Bruma

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° SKT 1000 P. 10  
2° SKT 1000 P. 10  
3° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
4° Tramadol 100 + 100 SF 12/12 16/00 04:0  
5° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
6° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
7° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
8° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
9° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
10° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
11° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
12° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
13° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
14° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
15° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
16° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
17° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
18° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0  
19° Dexametasona 6mg 16/00 22:00 04:0



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

## OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

- Paciente chegou do Hospital Mata X Mata, com entrada neste setor, trazido pela SAMU, apresentando dor aguda em região direita, em F. B. A. com início a dor em região direita. Paciente não sangra, a paciente foi medicada, solicitados exames laboratoriais e TC de crânio, a mesma aguarda resultado da TC para seguir com o tratamento, paciente foi medicada.

Henrique Formiga

ASS./COREN:

Enfermeiro  
COREN/PB 500.078

## CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

## TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;  
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;  
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;  
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;  
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);  
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;  
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

## MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO  
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL

## ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X Francisco Gonçalo Almeida

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO







# HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: **TRAUMA CRANIOENCEFALICO**

Atendimento do Dr.: 2265

Paciente **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS: 700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 05/06/1993

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Recebi de entrada no serviço hospitalar pelo SAMU após relato de acidente automobilístico hoje às 15:40h em trânsito em direção ao trabalho. Mais sintomas, náusea e alteração do nível de consciência.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

- Glasgow 15, pupilas isocóricas, reativas

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio e base do crânio.

Diagnóstico:

TC de crânio + Hematoma subdural + hemorragia intracerebral

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saliu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepcionista: BARBARA







Sistema Ministério  
Único de da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

4 - PRONTUÁRIO

39271

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-0001-1074-9302

6 - DATA DE NASCIMENTO

05/06/1993

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

10 - TELEFONE

3431 2149

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.º

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente automobilístico hipe com trauma em região crânio

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Quedas crônicas e TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCB

22 - CID 10 PRINC

S06

23 - CID 10 SEC

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10794  
CNS: 700320041489024

32 - DATA SOLIC.

24/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Tullio Alberto de O. Souza  
Diretor Clínico - CRM 9251  
CNS: 206623762240007

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

9 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Paciente 26 anos deu entrada no serviço  
após relato de sintomas musculares  
há 15 dias com inchaço em região  
crural, náusea, vômito, náusea e alteração  
de sono. Paciente evoluiu com  
hematuria, com sangramento, com hematoqueia  
e febre. Ao exame físico: 36,5°C, 98 bpm, 12 lpm, 100 mmHg, 15,5 kg, 1,70 m, pele  
úmida, mucosas cor-de-sal. Ausculta cardíaca  
normal, abdome macilento em alteração.  
TC de tórax em estudo.

21/09/14

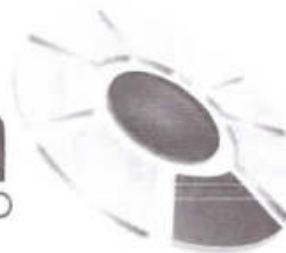
DATA

  
Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"





Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA  
Nº do Paciente: P-201909212708  
Data de Nascimento: 05/06/1993  
Data do Exame: 21/09/2019  
Sexo: M

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO**

### **INDICAÇÃO CLÍNICA:**

Avaliação após trauma.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

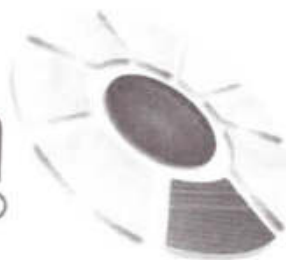
Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.





## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Ferreira da Silva*

Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O reitor se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Leandro de Almeida e Silva

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 28 / 04 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE

60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amaury P. S. Filho  
Neurologia  
CRM-PB 5273

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

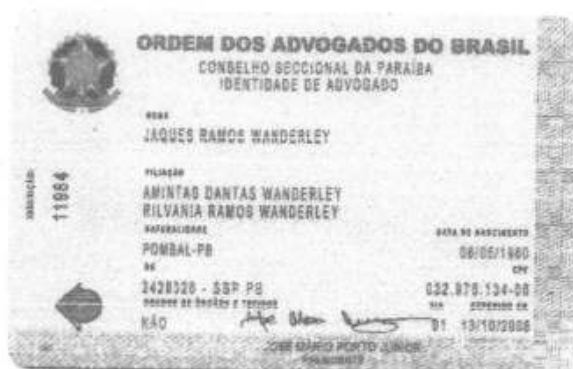
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

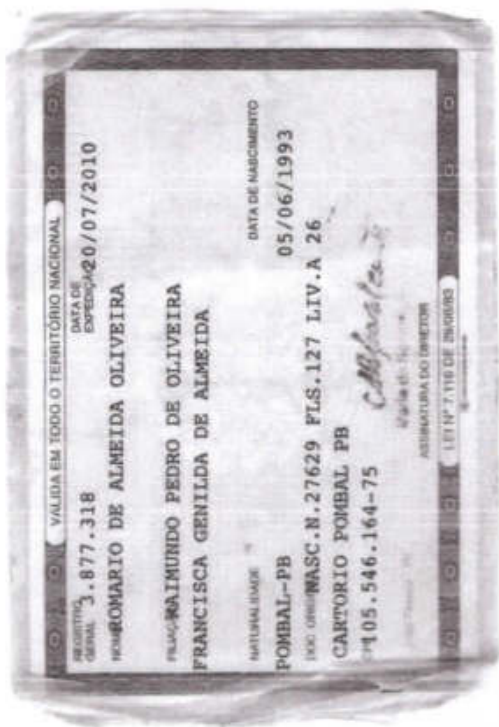
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060















**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9756389864  
88770460681

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**  
PRT 20130600001501-0

VIA	COEF. DE INCL. NA	INTIC
1	50775959-1	00/00000000

FRANCINEIDE GALDINI MENDES VIEIRA  
RUA JOSE VIEIRA SN CASA  
CENTRO  
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534	PLACA 0GE5750/PB
-------------	---------------------

CAVALCANTI E PRIMO VEICULOS LTDA

PLACA ANTIGA NOVO	PB	CHASSI 9C2KD0550DR108648
----------------------	----	-----------------------------

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
---	---------------------------

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB 2012	ANO MOD 2013
--------------------------------------	-----------------	-----------------

CAP/ROT/CL 2 P/149 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
---------------------------	---------------------	------------------------------

OBSERVAÇÕES  
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648

CARRAPATEIRA-PB

33790	DATA 21/03/2013
-------	--------------------

31054



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9756389864  
88770460681

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO**  
PRT 20130600001501-0

VIA 1 50775959-1 00/00000000

FRANCINEIDE GALDINI MENDES VIEIRA  
RUA JOSE VIEIRA SN CASA  
CENTRO  
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534 0GE5750/PB

CAVALCANTI E PRIMO VEICULOS LTDA

NOVO PB 9C2KD0550DR108648

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648 0

CARRAPATEIRA-PB 33790 21/03/2013 31054





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **MAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PARCELAS DE: **2141039** **809** **70**

CPF: **059.842.774-09** DATA NASCIMENTO: **12/06/1986**

PARÇAÇÃO: **IRATAS QUEIROGA SOBRINHO**  
**JUSSARA FERREIRA MUNKS**  
**QUEIROGA**

PROFISSIONAL: **---** REC: **---** OUTRA: **---**

UF RESIDÊNCIA: **04191042350** VENCIMENTO: **13/10/2004** PP ANULACÃO: **20/09/2007**

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1548960537**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1548960537**

*Mazara Monique Wanderley*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PERMAL, PB** DATA EMISSÃO: **01/12/2017**

*Amê*  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**54896668493**  
**PB035541199**

**PARAÍBA**



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS  
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013264	17/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA							
2505		2518	13		30		08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2019		14	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.		CONFORMES
NOV/2019		13	TURBIDEZ		0	0	0
OUT/2019		16	CLORO		0	0	0
SET/2019		11	CÔL. TERHOT		0	0	0
AGO/2019		10	COR		0	0	0
JUL/2019		15	CÔL. TOTAIS		0	0	0
MÉDIA(M)		13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.743/17

VENCIMENTO:

23/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO  
HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO  
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS  
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENTES  
NAS FATURAS DE 2019.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>

Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 29





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.634/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

Nº Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRICULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

112.002.155.0307.000

RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

NºHm: Y15N469919

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

3

R

5302

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL

R\$

37,91

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRICULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0202-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Data da solicitação: 07.05.2020  
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 105.546.164-75

CPF do solicitante: 105.546.164-75

Tel. Celular: (083 ) 999746322

Tel. Comercial: (083 ) 981488766

Tel. Residencial: (083 ) 34311825

[illegible]

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

**MORTE**

☒ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVEN)

## MINHA TOMOGRAFIA ACUSOU:

FRATURA TEMPORO-PARIENTAL E DA MASTOIDE À DIREITA

FRATURA DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO. HEMOSSINUS

**FOCO DE CONTUSÃO CEREBRAL HOMORRÉGICO NA REGIAO TEMPORAL ESQUERDA**

## HEMORRAGIA SUBARACNOIDE

**SEQUELAS GRAVES E DE CARATER PERMANENTE!**

POMABL-PB, 07.05.2020

## Local e Data

Local e Data  
Romário de Almeida Oliveira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

**IMPORTANTE:**  
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>

Número do documento: 20072315284487600000031223064

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
INSTITUTO NACIONAL DE RECURSOS CRIMINAIS  
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECLUSO

NOME: **MAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PARCELAS DE: **3141039** **809** **70**

CPF: **059.842.774-09** DATA NASCIMENTO: **12/06/1986**

PARÇA: **IRATAS QUEIROGA SOBRINHO**  
**JUSSARA FERREIRA MUNKS**  
**QUEIROGA**

PRIMEIRO: **MAZARA** SOBRENOME: **QUEIROGA**

IP REGISTRO: **04191842350** VENCIMENTO: **12/10/2017** PP ANULACÃO: **20/09/2007**

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1548960537**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1548960537**

*Mazara Monique Wanderley*  
ASSINATURA DO RECLUSO

LOCAL: **PCPISAL, PB** DATA ENTRADA: **01/12/2017**

*Amelk*  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**54896060493**  
**PB035541199**

**PARAÍBA**



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS  
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013264	17/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA							
2505		2518	13		30		08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2019		14	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.		CONFORMES
NOV/2019		13	TURBIDEZ		0		0
OUT/2019		16	CLORO		0		0
SET/2019		11	CÔL. TERROT		0		0
AGO/2019		10	COR		0		0
JUL/2019		15	CÔL. TOTAIS		0		0
MÉDIA(M)		13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.743/12

VENCIMENTO:

23/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO  
HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO  
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS  
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAIMENTOS PENDENTES  
NAS FATURAS DE 2019.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>

Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 34







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.634/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

Nº Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRICULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

112.002.155.0307.000

RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

NºHm: Y15N469919

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

3

R

5302

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL

R\$

37,91

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRICULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b>	ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal - PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
<b>OUTORGADO:</b>	<u>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</u> , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.



POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b>	ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal – PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
<b>OUTORGADO:</b>	<u>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</u> , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

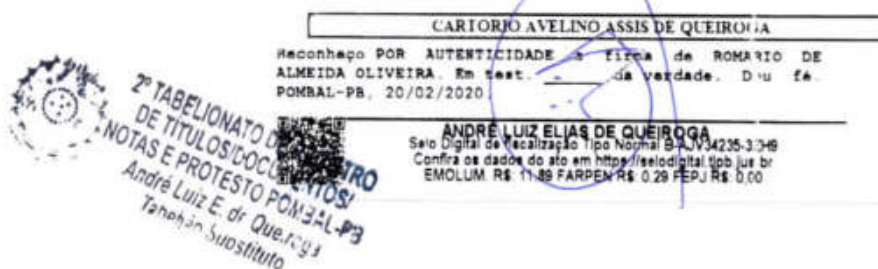
**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.



POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073918/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 21/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134333/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 21/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

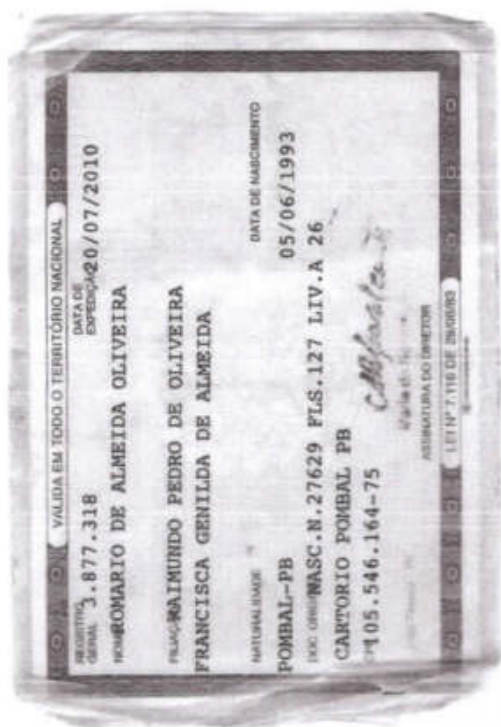
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL









## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WARDENCKY

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETROPOLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAL</u>	Estado:	<u>PARANÁ</u>
E-mail:	<u></u>	CEP:	<u>58.840-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>

Local e Data: BOMBAL-PR, 18.02.2020

Jacques Ramos Wardencky

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

**CONFIDENCIAL**

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 25/04/2019 às 15:55:26  
2505058096

2505058096





Ligação MONOFÁSICO  
Clt/Sbr RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENOV  
Roteiro 15-227-182-5480 Referência Set / 2015  
Medidor 00004280390 Emissão 27/09/2015

ENERGIA PARALELA - OBTIENE CON ENERGIA S.A.  
B-200, Av. 25 - C/da Reserpa - Jaz. Pampa 19 - CEP 04711-000  
CNPJ 79.095.131/0001-40 - Tel. 011 5072-6004

Call para Dis. Automática: 000-123-750-10

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	054.827.224-40

UC (Unidade Consumidora): 5/1237251-2

Canal de contato

Canal de

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/05/19	12552	27/05/19	12581		1258	23
				<b>Demonstrativo</b>		
001	Descrição					
0001	Consumo até 220V/mi-gr	30.000,00	29.990,00	0,00	0,00	0,00
0002	Consumo - 21 a 110V/mi-gr	70.000,00	69.990,00	0,00	0,00	0,00
0003	Consumo - 101 a 220V/mi-gr	9.000,00	8.990,00	0,00	0,00	0,00
0004	Adic. El. Variação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Subtotal	109,00	108,99	0,00	0,00	0,00
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0006	CONTRIBUIÇÃO SUP. PUBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	JUROS DE MORA 01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	MULTA 01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Despesa Supl. Utiliz.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CO Copy of Classification TOTAL  
 7/25/2012 AN 22816 1:17:00 AN 18046 1:17:00 AN 22816 1:17:00

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

26/10/2019

**TOTAL A PAGAR**

26/10/2019

RS 72.78

Histórico de Consumo (kWh)

128	148	172	197	224	252	280	308	336	364	392	420	448	476	504	532	560	588	616	644	672	700	728	756	784	812	840	868	896	924	952	980	1008	1036	1064	1092	1120	1148	1176	1204	1232	1260	1288	1316	1344	1372	1400	1428	1456	1484	1512	1540	1568	1596	1624	1652	1680	1708	1736	1764	1792	1820	1848	1876	1904	1932	1960	1988	2016	2044	2072	2100	2128	2156	2184	2212	2240	2268	2296	2324	2352	2380	2408	2436	2464	2492	2520	2548	2576	2604	2632	2660	2688	2716	2744	2772	2800	2828	2856	2884	2912	2940	2968	2996	3024	3052	3080	3108	3136	3164	3192	3220	3248	3276	3304	3332	3360	3388	3416	3444	3472	3500	3528	3556	3584	3612	3640	3668	3696	3724	3752	3780	3808	3836	3864	3892	3920	3948	3976	4004	4032	4060	4088	4116	4144	4172	4200	4228	4256	4284	4312	4340	4368	4396	4424	4452	4480	4508	4536	4564	4592	4620	4648	4676	4704	4732	4760	4788	4816	4844	4872	4900	4928	4956	4984	5012	5040	5068	5096	5124	5152	5180	5208	5236	5264	5292	5320	5348	5376	5404	5432	5460	5488	5516	5544	5572	5600	5628	5656	5684	5712	5740	5768	5796	5824	5852	5880	5908	5936	5964	5992	6020	6048	6076	6104	6132	6160	6188	6216	6244	6272	6300	6328	6356	6384	6412	6440	6468	6496	6524	6552	6580	6608	6636	6664	6692	6720	6748	6776	6804	6832	6860	6888	6916	6944	6972	7000	7028	7056	7084	7112	7140	7168	7196	7224	7252	7280	7308	7336	7364	7392	7420	7448	7476	7504	7532	7560	7588	7616	7644	7672	7700	7728	7756	7784	7812	7840	7868	7896	7924	7952	7980	8008	8036	8064	8092	8120	8148	8176	8204	8232	8260	8288	8316	8344	8372	8400	8428	8456	8484	8512	8540	8568	8596	8624	8652	8680	8708	8736	8764	8792	8820	8848	8876	8904	8932	8960	8988	9016	9044	9072	9100	9128	9156	9184	9212	9240	9268	9296	9324	9352	9380	9408	9436	9464	9492	9520	9548	9576	9604	9632	9660	9688	9716	9744	9772	9800	9828	9856	9884	9912	9940	9968	9996	10024	10052	10080	10108	10136	10164	10192	10220	10248	10276	10304	10332	10360	10388	10416	10444	10472	10500	10528	10556	10584	10612	10640	10668	10696	10724	10752	10780	10808	10836	10864	10892	10920	10948	10976	11004	11032	11060	11088	11116	11144	11172	11200	11228	11256	11284	11312	11340	11368	11396	11424	11452	11
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----

RESERVADO AO FISCO

9f60.3f59.7820.9235.88ca.6b03.41f0.097f

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIGITAL	8,31	0,04	NOMINAL	220
TRIFÁSICA	11,20			
ANALÓGICA	20,64			
DIGITAL	3,36	1,00	LIMITE INFERIOR	202
TRIFÁSICA	3,36			
ANALÓGICA	19,45			
DIGITAL	3,48	0,06	LIMITE SUPERIOR	221
ANALÓGICA	12,22			

www.ejv.org 7/2012, Vol. 4, No. 5

## ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi afetada com o Saco Amido, temos um desconto de R\$27,28  
Resultado Tardare - Vigência 28/03/10 Res. ANEP, nº 7.520 - Ato Tardare nº 4  
Resultado Tardare - Vigência 28/03/10 Res. ANEP, nº 7.520 - Ato Tardare nº 4

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL  
00190 00009 02624 040000 000000

PADADOR FRANCISCA GEM DA SILVA

PAGADOR FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, CNPJ Nº 034.227.024-48  
RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES - RIB. SÃO JERÔNIMO - JARDIM SÃO CARLOS - JACAREZINHA - SP - CEP 06240-000

Nº do Documento	001237351301908	Data de Vencimento	29/12/2019	Nº do Documento	RG 72.78
-----------------	-----------------	--------------------	------------	-----------------	----------

Agencia / Código de beneficiario: 3064-52447.





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 225 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO

POMBAL

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CNPJ/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 23/01/2020
-------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------

INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-	FATURA 01/2020
-----------------------------------	--	-------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
-------------	-----------------------	----------------	---------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA				CONSUMO		CONSUMO/DIA	
12/2019 -	7	11/2019 -	8	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)			
10/2019 -	8	09/2019 -	11	219	226	7	30	0,24			
08/2019 -	7	07/2019 -	6	10/12/2019	09/01/2020	N°Hm: Y17F649254					
ECONOMIAS		CONS. POR ECONOMIA		COD. AUXILIAR							
1		7		R		5307					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, de 10,18

TOTAL R\$ 67,65

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA 07068223.2	INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000
-------------------------	-----------------------------------

FATURA 01/2020	NÃO RECEBER APÓS 31/01/2021
-------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DÉBITO AUTOMÁTICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

105.546.164-75

ESTUDANTE

RUA MANINETE CARVALHO DE SOUSA

111

111

BOPLANGS

POMBAL

PARAIBA

58.840-000

(83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ANITAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Anitas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARIA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY

CPF: 079.882.774-09

Maria Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18-02-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126/2020**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES– ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA OGE 5750 /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Romario de Almeida Oliveira

Testemunha: Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lourenço  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200092689

Vítima: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15570364

Pag. 01983/01984 - carta\_01 - INVALIDEZ





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

105.546.164-75

ESTUDANTE

AV. MANINETE CARVALHO DE SOUSA

111

111

BOPLANGS

POMBAL

PARAIBA

58.840-000

(83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ANITAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Anitas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARIA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY

CPF: 079.882.774-09

Maria Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18-02-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

105.546.164-75

ESTUDANTE

AVIA MANINETE CARVALHO DE SOUSA

111

111

BOULANGES

POMBAL

PARAIBA

58.840-000

(83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 18579-7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima/beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ANITAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Anitas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARIA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY

CPF: 079.882.774-09

Maria Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18-02-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019





DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126/2020**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES– ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA OGE 5750 /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Romario de Almeida Oliveira

Testemunha: Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lourenço  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

105.546.164-75

ESTUDANTE

AVIA MANINETE CARVALHO DE SOUSA

111

111

BOULANGES

POMBAL

PARAIBA

58.840-000

(83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ANITAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Anitas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARIA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY

CPF: 079.882.774-09

Maria Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18-02-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



Ligação: MONTEFALCO  
Cm/Sbr: RES MTC 61 / RESIDENCIAL - BARRA RENOV  
Folhas: 15 - 227 - 180 - 5560  
Módulo: 00004280390  
Referência: Set / 2018  
Emissão: 27/06/2018

ENERGIA PARALELA - OBTIENE CON ENERGIA S.A.  
B-200, Av. 25 - C/da Reserba - Joo Pessoa 19 - CEP 04711-000  
CNPJ 06.131.000-40 - Tel. BR. 11.719.1004

Call para Dts. Automating: 000-123-750-10

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	054.827.224-40

UC (Unidade Consumidora): 5/1237251-2

Canal de contato

• Tarefa de casa: Ler o texto "O que é a ciência?" e responder às perguntas.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/05/19	12552	27/05/19	12581		1258	28
				<b>Demonstrativo</b>		
001	Descrição					
0001	Consumo até 22/05/19-GR					
0001	Consumo-21 a 10/06/19-GR					
0001	Consumo-101 a 22/06/19-GR					
0001	Adic. El. Varrelta					
0012	Substituição					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PUBLICA					
0004	JUROS DE MORA 01/2019					
0008	MULTA 07/2019					
0006	Despesa Supl. 01/2019					

CO: Copy of Classification Form TOTAL TYPE: 0037 Date: 0037 198

Médica Difference courses (AWU)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

26/10/2019

RS 72.78

Histórico de Consumo (kWh)

128	148	172	197	224	252	280	308	336	364	392	420	448	476	504	532	560	588	616	644	672	700	728	756	784	812	840	868	896	924	952	980	1008	1036	1064	1092	1120	1148	1176	1204	1232	1260	1288	1316	1344	1372	1400	1428	1456	1484	1512	1540	1568	1596	1624	1652	1680	1708	1736	1764	1792	1820	1848	1876	1904	1932	1960	1988	2016	2044	2072	2100	2128	2156	2184	2212	2240	2268	2296	2324	2352	2380	2408	2436	2464	2492	2520	2548	2576	2604	2632	2660	2688	2716	2744	2772	2800	2828	2856	2884	2912	2940	2968	2996	3024	3052	3080	3108	3136	3164	3192	3220	3248	3276	3304	3332	3360	3388	3416	3444	3472	3500	3528	3556	3584	3612	3640	3668	3696	3724	3752	3780	3808	3836	3864	3892	3920	3948	3976	4004	4032	4060	4088	4116	4144	4172	4200	4228	4256	4284	4312	4340	4368	4396	4424	4452	4480	4508	4536	4564	4592	4620	4648	4676	4704	4732	4760	4788	4816	4844	4872	4900	4928	4956	4984	5012	5040	5068	5096	5124	5152	5180	5208	5236	5264	5292	5320	5348	5376	5404	5432	5460	5488	5516	5544	5572	5600	5628	5656	5684	5712	5740	5768	5796	5824	5852	5880	5908	5936	5964	5992	6020	6048	6076	6104	6132	6160	6188	6216	6244	6272	6300	6328	6356	6384	6412	6440	6468	6496	6524	6552	6580	6608	6636	6664	6692	6720	6748	6776	6804	6832	6860	6888	6916	6944	6972	7000	7028	7056	7084	7112	7140	7168	7196	7224	7252	7280	7308	7336	7364	7392	7420	7448	7476	7504	7532	7560	7588	7616	7644	7672	7700	7728	7756	7784	7812	7840	7868	7896	7924	7952	7980	8008	8036	8064	8092	8120	8148	8176	8204	8232	8260	8288	8316	8344	8372	8400	8428	8456	8484	8512	8540	8568	8596	8624	8652	8680	8708	8736	8764	8792	8820	8848	8876	8904	8932	8960	8988	9016	9044	9072	9100	9128	9156	9184	9212	9240	9268	9296	9324	9352	9380	9408	9436	9464	9492	9520	9548	9576	9604	9632	9660	9688	9716	9744	9772	9800	9828	9856	9884	9912	9940	9968	9996	10024	10052	10080	10108	10136	10164	10192	10220	10248	10276	10304	10332	10360	10388	10416	10444	10472	10500	10528	10556	10584	10612	10640	10668	10696	10724	10752	10780	10808	10836	10864	10892	10920	10948	10976	11004	11032	11060	11088	11116	11144	11172	11200	11228	11256	11284	11312	11340	11368	11396	11424	11452	11
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----

RESERVADO AO FISCO

9f60.3f59.7820.9235.86ca.6b03.41f0.097f

Indicadores de Qualidade			Comparação de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DC MENSAL	8,31	2,34	NORMAL	220	
DC TRIMESTRAL	11,82				
DC ANUAL	20,64				
PC MENSAL	8,38	1,00	CONTROLE DE TENSÃO	200	
PC TRIMESTRAL	9,57				
PC ANUAL	17,45				
QV MENSAL	3,48	0,06	LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	221	
QV TRIMESTRAL	4,98				
QV ANUAL	12,22				

www.evsong.net 7/2012, Vol. 4, No. 5

## ATENÇÃO

\* Sua unidade foi fabricada com o Balcão Rápido, tendo um preço de R\$ 277,28.  
Resposta Tânia - Vigência 28/03/14 - Res. A 222, nº 2 - 520 - A 1a Tânia - A.  
Resposta Tânia - Vigência 28/03/14 - Res. A 222, nº 2 - 520 - Balcão Tânia - A.

## Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL  
00190 00000 02624 01220

00190.00009 02624.912008 08947.517170 3 80540000007278

PAGADOR FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA - C/PICOP 2 534 227 034-45  
RUA MAPINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES - FOMBAL - PB CEP: 58240000

Nº do Documento	001237261361909	Data de vencimento	26/10/2019	Valor do Documento	R\$ 72,78	Valor Pago	
-----------------	-----------------	--------------------	------------	--------------------	-----------	------------	--

Agencia / Código de beneficiario: 3064-52447.







COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 225 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

MATRÍCULA 07068223.2  
CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO  
23/01/2020

INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000  
ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-  
FATURA 01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA  
ÁGUA ESGOTO  
LIGADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
				ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
12/2019 -	7	11/2019 -	8						
10/2019 -	8	09/2019 -	11	219	226	7	30	0,24	
08/2019 -	7	07/2019 -	6	10/12/2019	09/01/2020	N°Hm: Y17F649254			
ECONOMIAS		CONS. POR ECONOMIA		COD. AUXILIAR					
1	7		R	5307					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, de 10,18

TOTAL R\$ 67,65

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE  
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA 07068223.2  
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000

FATURA 01/2020  
NÃO RECEBER APÓS 31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DÉBITO AUTOMÁTICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WARDENCKY

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETROPOLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAL</u>	Estado:	<u>PARANÁ</u>
E-mail:	<u></u>	CEP:	<u>58.840-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>

Local e Data: BOMBAL-PR, 18.02.2020

Jacques Ramos Wardencky

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

**CONFIDENCIAL**

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 25/04/2019 às 15:55:26  
2505058096

2505058096

